

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 17

LES PYOMÉTRIES

DANS

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉONCE BRUSSET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

né le 9 novembre 1884, à Saillans (Drôme)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

71, Rue Paul-Bert, LYON

1910

LES PYOMÉTRIES

DANS LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 17

LES PYOMÉTRIES

DANS

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉONCE BRUSSET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

né le 9 novembre 1884, à Saillans (Drôme)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

71, Rue Paul-Bert, LYON

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologique et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		X.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agréés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LESIEUR Étienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET LÉRICHE BRETIN THÉVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURICQUAND. ARLOING (F.).
--	---	---	--------------------------------------

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, président; COMMANDEUR, assesseur;
GAYET et TAVERNIER, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A MON PÈRE — A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MA BELLE FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET

Chef de Clinique Gynécologique

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, ses conseils ne nous ont jamais fait défaut, il nous a toujours accueilli comme un ami, qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre vive reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet c'est pour nous un devoir de remercier tous ceux qui au cours de nos études médicales ont bien voulu nous témoigner quelque sympathie.

Nos respectueux remerciements vont d'abord à Monsieur le Médecin Principal de 1^{re} classe Renaut, qui a toujours eu pour nous beaucoup de bienveillance.

A Monsieur le Médecin Major de 1^{re} classe Martin, qui nous donna ses soins dévoués durant notre première année d'Ecole.

A tous nos maîtres civils et militaires.

A Monsieur le Docteur Toy, médecin chef de l'Asile d'Aliénés d'Aix-en-Provence qui pendant les trois mois passés sous sa direction ne nous ménagea ni ses encouragements ni ses conseils.

A Monsieur le Docteur Goullioud, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph qui mit si obligeamment ses observations à notre disposition.

Historique

« La pyométrie est l'accumulation, la rétention d'une certaine quantité de pus dans la cavité utérine, cet accident est commun à divers états pathologiques de l'utérus ». Telle est la définition de la pyométrie que donnent Brissaud, Pinard et Reclus dans leur ouvrage sur la « Pratique médico-chirurgicale ».

Longtemps la pyométrie fut une trouvaille d'autopsie, le mot lui-même n'était pas prononcé, on parlait de collections aqueuses de l'utérus, d'hydrométrie, et cela malgré les caractères nettement purulents des liquides de rétention. Le premier ouvrage où l'on trouve quelques cas de cette complication du cancer du col de l'utérus, paraît être la thèse de Lafosse, en 1816, sur les collections aqueuses dans l'utérus. Dance, en 1829, en publie une observation(1). Puis en 1833, Madame Boivin et Dugues dans leur traité des maladies de l'utérus et des annexes, en donnent quelques exemples au chapitre : Hydrométrie.

(1) Arch. de Médec., Oct. 1829

Nonat, en 1860, dans son traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes, Grisolle, en 1864, dans sa pathologie interne, s'occupent du rôle dévolu aux néoplasmes dans ces rétentions. Nous signalerons les cas publiés en Allemagne par Brachmann, Brislau, Léopold; en Angleterre, par Galabin et Mathews Duncan.

Les observations ensuite se multiplient à partir de l'ère antiseptique qui permet une plus grande extension aux opérations gynécologiques. Nous citerons parmi les auteurs qui se sont occupés de la question Hofmeier, Weiss, Vaurtin, Bürkle, Arthur Lewers, Walter Tate, Léa, Segond, Legueu et Rebreyen, Tedenat, de Rouville, Bégouin.

Les derniers ouvrages parus sur la question sont la thèse de Bratoff (Nancy 1897-98), celle de M^{lle} Zabloudowsky (Bordeaux 1900), l'ouvrage de Récamier sur le traitement du cancer utérin inopérable (1906) et la thèse de Lomon (Paris 1907).

Etiologie et Pathogénie

Les pyométries sans être très fréquentes au cours des cancers du col de l'utérus, ne doivent cependant pas être considérées comme de très rares exceptions.

Bürkle a rencontré 17 cas de pyométrie au cours de 273 hystérectomies vaginales totales pour cancer utérin, ce qui donne un pourcentage de 6,2.

Lewers, au cours de 67 hystérectomies, dont 57 pour cancer du col, en a observé 2 cas, et M. V. Tate, 5 sur 54 hystérectomies pour cancer du col également.

Tedenat dit n'avoir rencontré cette complication que 8 fois et Bégouin estime à 10 % le nombre des pyométries au cours des cancers utérins.

Dans le service du Professeur Pollosson sur 100 cancers utérins par an, avec une moyenne opératoire de 80, on ne compte depuis 1904 que 4 cas compliqués de pyométrie.

Par l'examen des observations publiées à ce sujet, on constate, que le maximum de fréquence de la maladie se rencontre de 55 à 65 ans, qu'en règle générale les femmes qui en sont atteintes, non seulement ont

passé la ménopause, mais encore ont eu une ou plusieurs grossesses. La sénilité, l'arrêt du flux menstruel, l'accouchement sont donc les trois facteurs que l'on trouve d'une façon à peu près constante chez les malades atteintes de pyométrie avec cancer du col.

La sénilité agit sans doute par l'atrésie, si souvent citée, de l'orifice interne du col chez les vieilles femmes.

La ménopause correspond à une atrophie de l'utérus, comme tout organe dont la fonction est achevée, on voit diminuer et disparaître les propriétés qu'il possédait au moment de son activité ; l'orifice interne du col se ferme plus ou moins complètement, sa longueur diminue et il tend à s'oblitérer. Par suite de sa circulation amoindrie il résiste moins bien aux agents infectieux, c'est alors qu'apparaissent avec fréquence les endométrites. Les fibres musculaires réagissent moins aux effets de la distension et n'arrivent pas, ou difficilement, à chasser par leurs contractions les sécrétions pathologiques que ne vient plus balayer le flux menstruel.

L'influence des accouchements répétés tient peut être aux déchirures du col qui favoriseraient l'apparition du néoplasme et seraient l'origine d'atrésies tardives.

La pyométrie n'est pas spéciale à une forme déterminée de cancer du col, les 3 variétés, papillaire, interstitielle et caverneuse, peuvent se compliquer de rétention purulente, mais si l'on en juge par l'ensemble des observations publiées jusqu'à ce jour, c'est par-

ticulièrement dans les formes cavitaires, au cours des lésions intra-cervicales plutôt que dans les néoplasmes débutants par le museau de tanche, qu'elle serait fréquente.

Les deux facteurs de cette complication sont l'oblitération plus ou moins complète du canal cervical et la formation du liquide purulent dans la cavité utérine. La pyométrie se rencontre d'autant plus souvent que le cancer est à une phase plus tardive de son évolution, ce qui se conçoit aisément; aussi Récamier en a-t-il observé de nombreux cas, surtout dans les néoplasmes inopérables du col.

Qu'il s'agisse d'un cancer dont le point de départ est la muqueuse de la portion vaginale du col ou la muqueuse de son canal, si cette néo-formation se développe suivant la forme papillaire ou suivant la forme polypeuse, elle ne tarde pas à former une masse bourgeonnante, fongueuse, irrégulière, en choux fleurs qui remplit plus ou moins la cavité vaginale. Par obstruction directe lorsque le siège est la cavité cervicale, par modification de l'épaisseur des parois, par l'inflammation de la muqueuse dans l'autre hypothèse, la tumeur rétrécit de plus en plus le canal cervical et finit par mettre obstacle au libre écoulement des liquides sécrétés par la muqueuse utérine.

Dans la forme interstitielle, ce sont des noyaux indurés siégeant dans la profondeur même du col et laissant longtemps intactes les muqueuses internes et externes. Ces noyaux peuvent être uniques ou multiples et alors se fusionner, ils peuvent envahir toute la hauteur du col et le contourner en virole, l'obstruction

alors débute au niveau de l'orifice interne déjà en partie rétréci chez les malades âgées.

Dans la forme cavaire, le début souvent a lieu par l'orifice externe, il se produit un évasement, un véritable ectropion de la muqueuse, avec ulcération et désagrégation des couches internes, la tumeur au dessus de laquelle se produit l'obstruction repose sur une base indurée.

Mais l'oblitération de la lumière du canal cervical ne serait pas toujours nécessaire à la production d'une pyométrie. D'après Galabin (1), l'utérus peut se distendre sans qu'il y ait obstacle à l'écoulement par le col, simplement à la suite d'une affection des parois de l'utérus. En 1880 il présenta devant la société obstétricale de Londres un cas de ce genre, il s'agissait d'une femme de 70 ans qui avait perdu du pus par le vagin durant plusieurs années. L'utérus était distendu en une poche de 3 pouces de diamètre et rempli de pus, mais sans obstruction du canal cervical. A l'œil nu, pas de trace d'affection maligne, mais à l'examen microscopique, juste au-dessus de l'orifice interne il y avait une apparence de carcinome. Mathews Duncan avait d'ailleurs présenté aussi devant la même société en 1879 un cas de pyométrie avec col largement ouvert.

Il est probable que dans ces cas, l'inflammation de la muqueuse cervicale est telle qu'elle doit suffire à elle seule à effacer le canal cervical par un étroit accolement de ses parois.

(1) Societ. obst. de Londres, XXXIX, 18 oct. 1897.

Il reste à envisager l'origine de la sécrétion purulente intra-utérine. D'une façon normale la cavité utérine ne renferme pas de microbes. Stroganoff et Wite ont fait voir que la cavité cervicale, elle aussi, en est dépourvue quand la femme n'a subi ni intervention, ni examen et que la prétendue zone dangereuse de Winter n'existait pas. Or, chez les malades atteintes de néoplasme cervical, toute une série de causes vont intervenir pour favoriser l'infection. Les femmes, âgées du reste, indépendamment des lésions néoplasiques sont sujettes à une forme particulière de métrites dites « métrites interstitielles atrophiques des vieilles femmes » à lésions vasculaires prédominantes. Les tumeurs cancéreuses par leur sphacèle partiel, leurs replis, leurs anfractuosités, rendant difficile l'écoulement des exsudats et impossible la désinfection, sont des lieux tout désignés pour la pullulation des microbes. C'est particulièrement le cas pour les formes papillaires et cavitaires ; les formes interstitielles seraient moins septiques à leur début tant qu'elles n'ont pas ulcéré le revêtement muqueux, mais de même que les précédentes elles créent par des modifications vasculaires un état congestif de l'utérus. Pour Duplay dans presque tous les cas de cancer du col, il y aurait de la métrite cervicale.

Abel avait publié un travail basé sur l'examen de 7 utérus enlevés par le vagin et où il déclare avoir trouvé dans tous les cas une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse du corps. Mais des recherches de contrôle ont réduit à néant ses conclusions.

Eckart, Frankel, Saurenhaus, Olshausen et plus

récemment Marchand ont démontré que l'altération de la muqueuse utérine était due, non à un sarcome, mais à une métrite avec infiltration embryonnaire de la partie profonde de la muqueuse. Cette interprétation n'est pas admise par tous les auteurs et certains tendent à la considérer comme une fausse métrite. Quoiqu'il en soit, on peut conclure avec Pozzi que cette inflammation met l'utérus en état d'imminence morbide au point de vue de la propagation des lésions.

Toutes les causes favorisantes sont donc réunies : le néoplasme est un lieu d'infection permanente et la propagation à l'utérus sera d'autant plus facile que ce dernier est en état de moindre résistance.

Mais une question se pose : l'épanchement intra-utérin, est-il toujours ainsi purulent d'emblée ? Nous verrons en effet qu'il existe des rétentions aseptiques, s'agit-il dans ces conditions-là d'une hydrométrie primitive décelée à une époque trop rapprochée de sa production, pour qu'elle ait eu le temps de se transformer en pyométrie ; ou bien est-ce une pyométrie ancienne dont le contenu d'abord septique s'est dépouillé de ses germes infectieux ?

Pour Bürkle, toutes les pyométries compliquant le cancer du col seraient septiques à leur origine puis perdraient à la longue leur caractère infectieux. L'auteur croit à la nécessité des causes mécaniques pour la production des rétentions.

Griffith établit une différence entre les pyométries survenant avant et après la ménopause. Avant la ménopause, le pyomètre serait toujours secondaire à l'hématomètre qui suppurerait consécutivement à une ponc-

tion malpropre ou à des causes encore mal élucidées. Après la ménopause il existerait au cours du cancer du col, non seulement un pyomètre primitif par endométrite purulente préalable, mais aussi un pyomètre secondaire à un hydromètre.

Il semble que la vérité soit faite d'une part de ces deux opinions. Il ne doit en effet rien y avoir d'absolu dans la pathogénie de la rétention purulente. Si au cours d'un cancer végétant à forme papillaire ou cavi-taire, on conçoit fort bien la pyométrie d'emblée; il n'est pas impossible qu'au cours de la forme interstitielle par exemple, avant toute ulcération de la muqueuse, la congestion de l'utérus donne lieu à une exsudation séreuse ou muqueuse abondante dans sa cavité, créant ainsi l'hydromètre, puis que secondairement le néoplasme s'ulcérant ou une ponction malpropre ayant été pratiquée, l'hydromètre s'infecte.

D'autre part, on peut fort bien admettre comme pour les grands abcès du foie qu'une collection tout d'abord septique, devienne puis aseptique par disparition de la flore microbienne dont le développement finit par devenir tout à fait impossible.

La coloration parfois brunâtre du pus est la conséquence des hémorragies qui sont dues non seulement à l'ulcération du néoplasme lui-même, mais aussi et surtout à la congestion utérine intense provoquée par le développement du cancer.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie des douleurs. Il est hors de doute que certaines sont causées par l'envahissement cancéreux des filets nerveux ou leur compression par les masses néoplasiques; mais il

faut peut-être aussi invoquer l'irritation de ces terminaisons nerveuses par les sécrétions. Le col étant oblitéré, il y a accumulation du sang et des liquides, la sensibilité utérine peu développée à l'état normal s'exagère lorsque l'organe est ulcéré et baigne dans un liquide ichoreux. Chez une malade du Docteur Goullioud (Obs. xiii), les douleurs intenses provenaient d'une pelvi péritonite causée par une salpingite, conséquence d'un pyomètre. Les douleurs sont tout d'abord localisées et fugaces, puis plus intenses lorsque le liquide augmente, pour aboutir à de véritables crises paroxystiques accompagnées d'effort d'expulsion.

La rareté de la septicémie et les conditions relativement bonnes de l'état général sont dues à ce que l'ulcération porte sur le tissu néoplasique beaucoup moins propre à l'absorption que les tissus normaux et aussi aux thromboèses des vaisseaux encore défavorables à la résorption.

Cependant, la présence des anfractuosités, des clapiers, l'ulcération parfois de la muqueuse utérine expliquent bien des cas d'ascension thermique.

Anatomie pathologique

L'obstacle siégeant au niveau du col, l'accumulation des liquides dans la cavité utérine en produit la dilatation. Rien de plus variable que le degré de cette dilatation, elle est en rapport avec le degré de l'obstruction et la quantité des liquides sécrétés. Ordinairement, la tumeur formée par l'utérus a les dimensions d'une orange, d'une grossesse au troisième ou quatrième mois, parfois au dessus de la masse néoplasique, l'organe ne paraît pas sensiblement augmenté de volume, rarement cette augmentation dépasse les limites que nous avons indiquées ; ces grosses dilatations se rencontrent plus souvent dans le cancer du corps avec rétention.

La forme de ces utérus est arrondie et globuleuse. L'état de la muqueuse et des parois utérines dépend de la forme de l'obstruction. Si l'obstacle produit une oblitération complète du canal cervical, il n'y a pas de pertes purulentes, le pus s'accumule sous tension. Malgré la texture dense et serrée de la matrice, ses parois sont susceptibles de se dilater à la manière

d'une vessie distendue. A un premier degré, on peut constater l'amincissement des parois et la présence de colonnes saillantes, puis au fur et à mesure que la tension augmente les colonnes s'effacent, l'épaisseur des parois diminue de plus en plus et peut en certains points être réduite à une mince pellicule.

Dans les autres cas, toutes les altérations peuvent se rencontrer, on peut avoir une muqueuse et une musculature épaissies, mais non ulcérées, infiltrées de cellules rondes avec une hypertrophie des éléments glandulaires, premier stade de l'inflammation.

La muqueuse peut être lisse et à peu près intacte ou réduite à des lambeaux gangrenés avec disparition de la paroi musculaire en certains points ; des adhérences se forment alors entre l'utérus et la vessie, limitant une poche purulente en communication avec la cavité centrale (Mathews Duncan, Trans. soc. obst. London, vol. xxi, 1879, p. 54).

Dans une observation de Dance (Arch. de méd., oct. 1829, p. 201, Obs. xii), le pus renfermait un corps membraniforme et aplati, dont une des faces présentait la même couleur que le liquide purulent et l'autre d'un rouge assez vif paraissait avoir adhéré en quelque point de la matrice et s'en être détaché récemment. Ce corps avait quelque ressemblance avec le placenta, mais il ne contenait aucun vestige de vaisseaux et il a paru être un simple produit inflammatoire.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, de rencontrer baignants au milieu du pus ces exsudats inflammatoires. Les parois utérines sont alors épaissies, mais molles,

L'épithélium de la muqueuse est desquamé en de nombreux points, elle est elle-même tapissée d'une couche de pus et d'un réseau fibrino leucocytaire. Par endroits se détachent des végétations formées de bourgeons charnus à vaisseaux dilatés, ces végétations sont rattachées à la paroi utérine par un pédicule très long qui se rompt facilement (Bazy, Obs. I, Thèse de Lomon).

La quantité de liquide purulent que renferme l'utérus peut varier de quelques cuillerées à plusieurs litres. On y trouve aussi des gaz. Sa couleur est ordinairement jaune verdâtre, mais il peut aussi prendre une teinte brunâtre d'autant plus accentuée que les hémorragies ont été plus abondantes. Il peut être aussi visqueux et filant, ordinairement d'odeur infecte.

On possède peu d'examen bactériologique du pus. Dans cinq cas de pyométrie de Léa, quatre furent examinés et le liquide trouvé stérile. Dans le cas de Begouin (Obs. IV), l'analyse fit découvrir des colibacilles et des anaérobies qui ne purent être déterminés. Deux examens pratiqués dans le service du Docteur Goullioud (Obs. XIII et VIII), ont révélé la présence de nombreux cocci et par la culture, des colonies de staphylocoques dorés.

L'analyse qualitative du pus provenant d'un curettage que fit Ludwig pour cancer du col montra la présence de serum albumine, serum globuline et des sels du serum sanguin. On y trouva, en outre, des globules blancs, des globules rouges, des cellules épithéliales et des cristaux de cholestérine; l'examen

bactériologique ne fut pas pratiqué (Chrobak Wiener medicinische Wochenschrift, 1887, n° 44-45).

Les salpingites purulentes liées à la présence de la pyométrie ne présentent rien de particulier au point de vue anatomo-pathologique. A côté des infiltrations néoplasiques du tissu conjonctif peri-utérin, il se rencontre des cas où l'infiltration est de nature inflammatoire. Il peut se former un véritable phlegmon produisant une induration plus ou moins étendue du tissu cellulaire du bassin. D'autres fois, l'infiltration peut être mixte avec prédominance de l'un des deux éléments. Chez une de ses malades atteinte de pyométrie avec cancer du col, Legueu trouva le long de la paroi pelvienne, de gros ganglions adhérents, dont l'un était suppuré (Legueu et Relbreyend : De la pyométrie, complication du cancer du col utérin. Revue de Gyn. 1899, p. 783, Obs. IV).

Quoiqu'il en soit, l'utérus paraît être entouré d'une véritable gangue qui l'emprisonne, l'immobilise et se propage jusqu'aux parois du bassin, les ligaments larges sont aussi épaissis et rapidement inextensibles ; les vaisseaux sanguins et les nerfs sont comprimés et parfois envahis par le néoplasme.

Symptomatologie

La pyrométrie compliquant le cancer du col de l'utérus se caractérise par toute une série de symptômes qui rarement sont au complet.

C'est tout d'abord la *pyorrhée*. Rien de plus variable que les diverses modalités que peut présenter cet écoulement de pus par le vagin. Il peut être continu ou intermittent. Tantôt ce sont des pertes blanches, jaunes ou rousses plus ou moins fétides qui s'écoulent d'une façon régulière, tantôt elles alternent avec des pertes sanguines d'abondances variables, cela durant un certain temps, puis souvent elles finissent par se substituer complètement à ces dernières. D'autres fois, l'écoulement purulent continu présente par périodes des exacerbations, des décharges, qui peuvent s'accompagner d'une amélioration de l'état général, d'une diminution des phénomènes douloureux et de la disparition d'une tuméfaction précédemment constatée par le palper. La pyorrhée enfin, peut être réduite à ces décharges intermittentes et ce sont de véritables flots de pus qui à intervalles irréguliers

s'écoulent du vagin. Souvent ces pertes ne sont améliorées ni par le repos, ni par le lit, mais elles ont une tendance à s'exagérer sous l'influence de la marche.

Les *douleurs* sont très variables dans l'époque de leur apparition mais elles sont plus précoces que celles dues à un cancer du col sans complications. Il est ordinairement impossible de déterminer la part qui revient dans leur production au néoplasme ou à la pyométrie. Elles peuvent être vagues, peu intenses, à siège variable : dans le bas ventre, irradiées aux fesses, à la racine des cuisses ; rien ne les distingue que leur précocité de celles que cause le cancer au début. Il est, en revanche un type de douleurs absolument caractéristique de la rétention purulente : ce sont des douleurs tout d'abord légères mais qui croissent progressivement en intensité pour aboutir à un accès paroxystique. En même temps, il est parfois possible (la malade s'en rend d'ailleurs fort bien compte) de sentir par la palpation naître et se développer une tumeur abdomino pelvienne qui disparaît brusquement au moment de l'accès et dont la disparition coïncide avec une décharge purulente. Cet ensemble de symptômes est absolument typique mais il est rare qu'il se présente avec autant de netteté.

La palpation ne pourra donner des renseignements que pour les pyométries d'une certaine importance. On cherchera à délimiter le fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne ; on s'aidera du toucher vaginal et du toucher rectal pour apprécier l'état du col, des culs-de-sac latéraux, la mobilité de l'organe. Parfois sous l'influence d'une pression exercée sur la tumeur

formée par la matrice, on verra s'écouler du pus par le vagin. Souvent il sera difficile de se rendre compte de la dureté ou de la mollesse de l'utérus à cause de la masse adipeuse qui peut le recouvrir. La collection purulente ne se forme pas dans la matrice avec une rapidité telle que l'on puisse à peu d'intervalle constater une modification des dimensions de la tumeur et une seule fois, Tédénat a vu l'utérus s'élargir, en 5 ou 6 jours, d'environ 2 centimètres dans son diamètre transversal,

L'État général n'est pas toujours grave, souvent même il peut ne pas être atteint. La température lorsqu'elle s'élève se maintient aux environs de 38° mais elle peut aussi procéder par poussées fébriles irrégulières. La septicémie et la pyohémie ne se rencontrent presque jamais. L'amaigrissement, la teinte jaune paille, sont plutôt le fait de la cachexie cancéreuse que de la pyométrie. Cependant il ne faudrait pas généraliser et Pozzi cite l'exemple d'une de ses malades, qui dans l'intervalle de ses pertes purulentes ou lorsqu'elle n'avait pas été curettée depuis quelques jours, était en proie à un malaise général accompagné d'anorexie, de frissons et de fièvre ; tous ces symptômes disparaissaient à la suite d'un curettage ou d'une débacle purulente. Chez une autre, des douleurs expulsives intenses persistant depuis trois ans, exacerbées par le toucher, empêchant le sommeil, avaient abouti à un état général grave avec prostration et température oscillant autour de 39°.

L'évolution symptomatique des pyométries a permis de les classer en trois catégories.

Dans un premier groupe les symptômes sont absolument nuls : ce sont les *pyométries latentes*. On s'explique bien les nombreuses erreurs de diagnostic dont elles ont été l'origine et l'ignorance ou se trouvèrent sur leur existence, au moment de l'intervention tant d'opérateurs non prévenus. Il n'y a ni pertes purulentes, ni douleurs expulsives, les symptômes relèvent du cancer et seul le palper combiné au toucher permet, si la rétention est assez considérable, d'apprécier l'augmentation de volume de l'utérus et ses différents caractères. En plus des observations recueillies dans le service du professeur Pollosson, nous pourrions ajouter trois ou quatre cas de pyométries qui furent découvertes à la laparotomie : l'utérus était légèrement tendu et kystique. D'autres plus latentes encore ne furent trouvées qu'à l'incision de la pièce, la cavité utérine renfermait une cuillerée à une demie cuillerée de café de pus.

Dans un second groupe rentrent les *pyométries intermittentes* caractérisées par les symptômes suivants : rétention du pus dans l'utérus, tuméfaction de l'organe, douleurs, puis vomique vaginale suivie de la disparition de la tuméfaction et des douleurs : dans cette catégorie rentrent plusieurs de nos observations.

Enfin un troisième groupe est constitué par les *pyométries à forme douloureuse*. Ce sont des douleurs continues à exacerbations paroxystiques qui leur donnent leur caractère particulier. Elles peuvent s'accompagner ou non d'écoulement purulent, elles disparaissent par l'évacuation spontanée ou provoquée du pyomètre.

La pyométrie peut donner naissance à diverses complications. La plus grave de toutes, qui est d'ailleurs de beaucoup la plus rare, est la rupture spontanée de l'utérus par amincissement progressif de ses parois, l'invasion du péritoine par le pus et la mort rapide résultant de cette péritonite. Dans la thèse de Lomon deux observations seulement en sont rapportées. Parfois au lieu de cette péritonite mortelle, d'emblée, on peut en constater, au cours de la maladie, plusieurs poussées caractérisées par des frissons, de la fièvre, des vomissements de l'hypéresthésie des parois abdominales. D'autres fois, l'évacuation de la collection peut se faire dans la vessie ou le rectum (1).

Mais ce sont là des complications qui ne se montrent que tardivement aux phases ultimes de la maladie.

La salpingite unie, ou bilatérale, se montre plus souvent au cours de la pyométrie, par propagation ascendante des phénomènes infectieux (Obs. xiii). L'invasion du paramètre est loin d'être la règle et les symptômes de compression que l'on a observés : œdème des jambes, coprostase, dysurie, sont dus plutôt au cancer qu'à la pyométrie.

On a aussi signalé l'augmentation de toxicité des urines, l'albuminurie et la dégénérescence fréquente du foie.

(1) Weiss : *Revue Médicale du l'Est*, 1892.

Diagnostic

Le diagnostic à faire de la pyométrie venant compliquer un cancer du col, peut se présenter de différentes façons.

1) Le cancer du col peut être typique et la pyorrhée d'origine utérine évidente au premier examen. Une grande partie des symptômes précédemment étudiés se retrouve, le diagnostic est aisé.

2) La pyorrhée cervicale est certaine : par l'examen au speculum, on s'est rendu compte que du pus s'écoulait par le col plus ou moins modifié ; mais ces modifications cervicales sont telles que l'on n'ose affirmer qu'il s'agit d'un cancer.

La malade se présente en se plaignant de douleurs vagues dans le bas ventre, mais ces douleurs ne sont qu'au second plan, et elle attire surtout l'attention sur les pertes purulentes auxquelles elle est sujette depuis un temps variable.

L'examen au speculum est tout indiqué pour recher-

cher l'origine vaginale ou utérine de ces pertes et éliminer la première hypothèse.

On pourra alors constater une légère hypertrophie du col, une toute petite ulcération et par l'orifice externe un suintement purulent plus ou moins abondant. Le toucher vaginal, le palper renseigneront aussi sur l'induration du col, les modifications de volume et de consistance de l'utérus. Mais en somme, lorsque le diagnostic se pose ainsi, les pertes purulentes sont le symptôme prédominant. Les lésions cervicales peu prononcées ne frappent pas l'attention, c'est souvent le cas lorsque la rétention purulente est précoce et les lésions néoplasiques à leur début, ou bien encore lorsqu'il s'agit d'un de ces cancers à virole de l'isthme, si difficiles à diagnostiquer.

a) On éliminera les différentes formes de *métrites* surtout les métrites chroniques et les métrites séniles survenant après la ménopause, dans lesquelles les modifications subies par le col sont si voisines de celles qu'il présente lorsque le néoplasme est à son début.

Le prélèvement d'une parcelle de la région suspecte et l'examen microscopique sont nécessaires dans ces cas pour affirmer ou non la présence du cancer.

b) La *tuberculose du col utérin* accompagnée ou non d'endométrite est rare, mais lorsqu'elle existe, elle peut donner lieu à de sérieuses difficultés de diagnostic. En effet, au niveau du col, revêtant la forme

végétante ou ulcéreuse, elle est confondue avec la forme correspondante du cancer et par suite de l'endométrite la pyométrie l'accompagne souvent, l'analogie est donc complète. Au début, l'examen microscopique montrera bien les cellules géantes et les bacilles de Koch, mais souvent c'est en vain qu'on les cherche dans les lésions avancées. Rarement l'examen de la malade permettra de découvrir une autre lésion tuberculeuse trop latente pour être aperçue. Sans doute le pus a un caractère grumeleux particulier, mais c'est aux inoculations des produits de curetage qu'on s'adressera de préférence pour établir la nature de l'affection. Nous renverrons à ce sujet à la « Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale » où MM. A. Pollosson et Violet ont fait une étude de la tuberculose du col de l'utérus accompagnée de nombreuses observations. L'observation n° 2 est un véritable cas de pyométrie au cours d'une tuberculose cervicale.

c) Nous ne signalerons que pour mémoire l'*ulcération syphilitique* du col accompagnée d'une induration interstitielle et d'un écoulement purulent (1) ; elle est très rare et a toujours été prise au début pour un néoplasme malin en voie d'évolution. Malgré l'absence de douleurs, en dehors d'autres manifestations syphilitiques, le traitement mercuriel est la seule pierre de touche.

d) Avec le cancer papillaire surtout, on peut con-

(1) Lawson Tait : Traité clinique des maladies des femmes, page 164.

fondre certaines *hypertrophies folliculaires du col* couvertes d'érosions. Les végétations cancéreuses sont plus mollasses, plus saignantes, s'effritant sous le doigt, tandis que les gros cols ulcérés et peuplés de kystes sont fermes et résistants. Mais ces caractères différentiels peuvent s'atténuer et Duplay, dans une clinique de 1892, cite deux cas où il avait porté le diagnostic de cancers inopérables pour des lésions qui ont guéri sous l'influence d'un traitement anodin. En cas de doute, le prélèvement d'une portion de la région suspecte et l'examen microscopique peut seul donner un résultat certain.

e) Par le catéthérisme utérin dont nous parlerons plus loin, on pourra décèler dans la cavité utérine la présence de *corps étrangers* de différente nature (calculus, tiges de lamineaires) et de causes très diverses qui entretiennent l'irritation, l'infection, et s'opposent par l'obstacle qu'ils forment, à l'évacuation de produits de sécrétion plus ou moins septiques.

Mais le pus, tout en s'écoulant par le col, peut avoir une origine autre qu'une pyométrie.

a) Le pus peut provenir d'un *abcès utérin* ouvert spontanément au dehors. On tiendra compte des antécédents de la malade, l'abcès succédant ordinairement à une infection puerpérale, une gonococcie, une infection tuberculeuse; de l'âge, il apparaît en effet avant la ménopause et augmente l'abondance des règles. Avant sa rupture et durant sa constitution, d'ailleurs, les réactions péri-utérines sont la règle et sont précoces,

rapidement elles s'accompagnent d'adhérences entre l'utérus, la vessie et le rectum ; les commémoratifs présenteront tout une série de symptômes de la plus haute importance qui orienteront le diagnostic.

b) Dans les *salpingites kystiques* surtout, sous l'influence de la pression exagérée du liquide, celui-ci reflue vers l'orifice tuboutérin moins complètement obli-téré que l'orifice externe de la trompe. Ces écoulements peuvent être intermittents. C'est encore aux antécédents de la malade qu'on s'adressera. La maladie a débuté depuis longtemps, brusquement ou insidieusement, la douleur a été tout d'abord unilatérale. Les symptômes sont variés du côté de l'appareil urinaire : cystalgie, pollakyurie, polyurie, parfois même de véritables cystites. Par le palper et le toucher combinés, on essayera de délimiter une masse indépendante de l'utérus.

c) Un *kyste de l'ovaire* dont le contenu a subi une dégénérescence septique peut aussi s'ouvrir dans les voies génitales, trompe ou utérus, et donner lieu à un écoulement purulent. La malade aura présenté de nombreux signes de compression et la tumeur volumineuse évolue depuis longtemps. La rupture est précédée d'une poussée de péritonite localisée, plus ou moins accentuée, établissant l'adhérence du kyste avec la partie des voies génitales dans laquelle se fera la rupture et elle est accompagnée d'une douleur brusque (1).

(1) Duffiser, Thèse de Nancy 1893.

L'évacuation du kyste sera plus ou moins rapide, suivant la grandeur de la déchirure.

d) L'ouverture dans la matrice d'une *collection purulente pelvienne* ne prêterait pas à erreur si, envisageant cette hypothèse, on a examiné l'état pathologique antérieur des fosses iliaques et du bassin.

Ces différentes hypothèses ayant été envisagées et successivement rejetées, il faudra, pour étayer définitivement le diagnostic, employer l'*hystérométrie*, en tenant compte des réserves faites à propos de certains cas et procéder au catéterisme prudent de la cavité utérine. Depuis longtemps Simpson et Kiwisch avaient fait observer que le plus sûr moyen d'éviter une erreur de diagnostic était d'employer la sonde utérine. « Nonat que l'on ne saurait accuser d'être un partisan exagéré du catéterisme utérin, dit en parlant des symptômes et des accidents qui accompagnent les rétrécissements de la matrice : en présence de symptômes semblables, le praticien devra toujours songer à un rétrécissement du conduit utérin et ne pas hésiter à vérifier le diagnostic par le catéterisme fait avec toutes les précautions utiles (1) ».

S'écoule-t-il le long du cathéter du pus à odeur infecte, il s'agit bien d'une pyométrie.

On aura quelque peine, chez certaines femmes, à franchir l'isthme car ce point est souvent rétréci et les cas d'atrésie sont loin d'être rares, surtout chez les

(1) Loc cit Huguier : De l'hystérométrie.

femmes âgées. Quand on aura franchi la partie rétrécie on pénétrera jusqu'au fond de l'utérus ; il peut arriver qu'à la suite du retrait de la tige de l'hystéromètre, il ne s'écoule pas de pus, il sera utile de réintroduire une seconde fois l'instrument et d'exercer une pression modérée sur le fond de l'utérus. Cependant, il est des cas où le col scléreux, atrésié, est infranchissable, le diagnostic pourra être fait par élimination, par l'étude approfondie des symptômes. Certains ont proposé la ponction exploratrice de l'utérus, mais il nous semble qu'il est plus simple et moins dangereux de recourir à la laparotomie exploratrice.

Il reste à établir la nature de l'obstacle qui empêche l'écoulement du pus. On recherchera les coudures du col par déviations utérines, l'atrésie cicatricielle, les tumeurs du segment inférieur de l'utérus comprimant de dehors en dedans le canal cervical. Les tumeurs de la cavité, les polypes peuvent faire l'obstruction en dedans et empêcher l'écoulement en totalité ou en partie. Un auteur voudrait faire intervenir dans certains cas le spasme du col utérin (Martineau).

Mais si le col est augmenté de volume, induré, s'il présente sur la muqueuse un noyau résistant, en saillie, rougeâtre et immobile, si en s'aidant du toucher rectal on a pu constater l'évasement de l'isthme, il faut penser à un cancer du col au début ou à un néoplasme en virole.

3) Le cancer du col peut être évident et il existe une grosse tumeur sur la nature de laquelle on hésite.

La malade peut ne pas avoir de fièvre.

a) S'il s'agissait d'une *grossesse*, l'arrêt brusque des règles, l'accroissement rapide de la tumeur, l'âge de la malade sont à considérer. Il faut aussi examiner attentivement l'état des seins et de la vulve, c'est-à-dire les signes secondaires. En tout cas, la thérapeutique est la même et l'intervention s'impose, il est néanmoins utile de faire un diagnostic exact pour pouvoir prévenir la famille.

b) Une autre difficulté provient de l'association relativement fréquente du cancer du col avec le *fibrome utérin* (Obs. xvii), sans doute cette difficulté est minime lorsque le fibrome n'a subi aucune dégénérescence. La tumeur offre à la palpation une sensation de dureté et de résistance que l'on ne rencontrerait pas dans une collection purulente. Elle est indolente et le catéterisme montre l'allongement de la cavité utérine, qui peut atteindre jusqu'à 20 centimètres. Mais le fibrome peut avoir subi une transformation kystique et donner lieu à de la fluctuation véritable, on devra alors porter toute son attention sur les symptômes qui ont accompagné l'évolution de la tumeur.

c) Il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'indépendance qui existe entre l'utérus et un volumineux *hydro salpynx* ou une *tumeur ovariennne*. Cruveilhier rapporte un cas de dilatation du corps de l'utérus par rétention des produits de sécrétion qu'on avait pris du vivant de la malade pour une maladie de l'ovaire.

D'où la nécessité du catéterisme.

d) Sa nécessité encore pour établir le diagnostic différentiel avec l'*hydrométrie*, l'*hématométrie* et la *physométrie*.

Sans doute l'hydrométrie survient en règle générale avant la ménopause, forme ordinairement une tumeur volumineuse facilement perceptible à l'examen physique, avec des douleurs peu intenses et une absence complète de symptômes infectieux.

L'hématométrie, elle, se caractérise par sa rareté après la ménopause. Mais ce sont là des caractères bien sujets à variations et qui ne peuvent remplacer la certitude que donne l'hystérométrie.

Lorsque ce sont des gaz qui subissent la rétention, la tumeur augmente beaucoup plus rapidement de volume et la percussion est caractéristique.

e) La tumeur utérine peut aussi être due à un néoplasme du *corps utérin*. L'association des deux cancers se rencontre surtout lorsque le premier siège dans le canal cervical. Le corps est élargi, globuleux, à surface lisse et quelquefois bosselée, fréquemment douloureux à la palpation. L'hystérométrie sera pratiquée avec grande douceur à cause de la friabilité du néoplasme et des facilités d'hémorragie. Malgré l'augmentation de volume de l'organe, les dimensions de sa cavité peuvent être normales, ce qui tient à l'épaisseur de ses parois. La coexistence de ces deux lésions peut s'accompagner de pyométrie.

La malade peut présenter une fièvre assez accentuée.

a) Il pourrait alors s'agir d'un *fibrome gangrené* : le cancer est, en effet, un lieu favorable à la pullulation des microbes, le fibrome à son tour peut s'enflammer et suppurer, donnant ainsi à la palpation une véritable sensation de fluctuation. Si à ces deux lésions s'ajoute la pyométrie, le diagnostic exact est évidemment difficile.

b) Il ne serait pas commode non plus d'apprécier la situation et le volume de l'utérus, pour éliminer une *salpingite suppurée* se vidant partiellement par la matrice.

Pronostic

La pyométrie n'aggrave guère le pronostic du cancer du col abandonné à lui-même. Rarement une péritonite septique mortelle prend naissance par propagation à travers la paroi utérine ou par distension progressive des trompes. Quant à la rupture spontanée de la collection purulente dans la cavité péritonéale, de Rouville n'en signale que deux cas connus.

Lorsqu'on intervient, à titre purement palliatif, les chiffres suivants empruntés à la thèse de M^e Kantzel montrent quelle est la durée moyenne d'amélioration des symptômes et de survie :

L'amélioration des symptômes après un seul curetage, a été de 5 mois $1/2$ sur 54 malades atteintes d'un cancer à forme végétante ; 2 mois sur 19 malades dans la forme ulcéreuse ; 3 mois $1/2$ sur 4 malades dans la forme intestitielle.

La durée de survie de 10 mois $1/2$ pour 37 malades atteintes de la forme végétante après curetage ; 8 mois pour 13 malades atteintes de la forme ulcéreuse après curetage ; 13 mois pour la forme intestitielle.

Si le cancer est opérable et la pyométrie diagnostiquée, le pronostic opératoire ainsi que nous le verrons ne varie pas du fait de cette complication mais il en est tout autrement de sa méconnaissance. La séparation brusque du col et du vagin, la déchirure du fond utérin par les griffes de la pince à traction et l'effusion du pus sont souvent les surprises d'une hystérectomie abdominale pratiquée dans ces conditions, la péritonite et son issue aléatoire peuvent en être la conséquence.

Si, contrairement à la pratique habituelle, on est intervenu par la voie basse les dangers d'infection péritonéale seront moins grands à condition toutefois de ne pas suturer le vagin après l'ablation de la matrice et de drainer la cavité pelvienne (De Rouville, Montpellier Médical, 1909, n° 3.)

Traitement

Nous envisagerons, tout d'abord, quel est le mode opératoire qui convient à un cas parfaitement diagnostiqué.

Dans cette première hypothèse, il peut arriver que les lésions cancéreuses du col soient trop étendues pour permettre d'essayer une opération radicale, c'est un simple traitement palliatif que l'on instituera alors : évacuation du pus, puis curettage prudent à la curette tranchante de tous les tissus fongueux et friables jusqu'aux tissus durs, criants et résistants, grand lavage hémostatique et cautérisation au chlorure de zinc ou au thermo-cautère. Le vagin est bourré durant quelques jours. On continue un certain temps les injections antiseptiques et au bout de 8 à 15 jours les malades pourront se lever.

Cette petite opération qui peut être répétée, jointe aux traitements médicaux pour relever l'état général a pu donner aux malades une survie inespérée. Elle agit particulièrement bien pour calmer les douleurs dues aux compressions nerveuses par le liquide sous

tension et les masses néoplasiques. Mais elle est à peu près sans action sur celles qui relèvent de l'infiltration cancéreuse. Supprimant la rétention purulente elle fait disparaître les phénomènes d'intoxications graves qui qui se montrent parfois (1).

Dans d'autres cas, les lésions cancéreuses sont justiciables d'un traitement radical, hystérectomie abdominale ou vaginale. Mais pour améliorer le pronostic opératoire et diminuer autant que possible les risques d'infection péritonéale au cours de l'intervention, on a proposé de faire (ce qui sera du reste parfois assez difficile) une désinfection préalable de l'organe. La veille, on pratique, avec une sonde en gomme molle, le catéterisme de l'utérus pour évacuer le pus. Le lendemain, on procède à l'hystérectomie. Convient-il d'opérer par la voie haute ou par la voie basse ?

Parmi les indications qui doivent faire pencher en faveur de l'une de ces deux méthodes, c'est le cancer lui-même qui a le rôle primordial, la pyométrie n'étant que la conséquence et l'ablation de l'un étant nécessaire pour faire disparaître et prévenir les retours de l'autre. Il s'agit d'une cure radicale du cancer du col, aussi n'entrerons-nous pas dans le détail des discussions qui se sont élevées sur la pratique de l'hystérectomie abdominale ou vaginale. La question semble définitivement tranchée en faveur de l'hystérectomie abdominale avec dissection des uretères et ablation large du paramètre.

(1) M^e Kantzel, thèse de Bordeaux 1900. « Du curettage palliatif comme traitement de l'épithélioma inopérable du col de l'utérus ».

Pour les *petites pyométries*, la technique est simple: après avoir incisé la paroi abdominale, les anses intestinales sont écartées et protégées par des compresses convenablement disposées. La tumeur formée par l'utérus infecté ne sera pas très volumineuse puisque le catétherisme préventif l'aura en grande partie vidé de son pus. L'organe ne sera pas saisi par son fond mais par les ligaments larges afin de diminuer les chances de rupture et d'infection péritonéale par le pus s'écoulant le long des mors de la pince. L'utérus sera enlevé en vase clos par une incision pratiquée entre deux pinces placées à la partie supérieure du vagin, cette technique met obstacle à l'écoulement même du pus ou des débris néoplasiques qui ont pu envahir le vagin durant l'opération.

Dans l'intervention par la voie basse, l'utérus ne descend pas facilement quand on tire sur le col, sa délivrance à travers le vagin est difficile, particulièrement lorsqu'il y a sclérose sénile, ce qui se présente fréquemment. Sans doute, à ne considérer que la pyométrie elle-même, il est peut-être plus facile dans l'hystérectomie vaginale, d'essuyer et de désinfecter au cours de l'opération, mais par contre si l'infection péritonéale se produit, la désinfection est impossible.

Lorsque la *pyométrie est volumineuse*, le pronostic vital immédiat prime les considérations de technique opératoire basées sur la cure du cancer, mais même dans ces cas la voie haute doit être préférée à la voie basse. En faveur de l'hystérectomie vaginale on pourrait objecter que la tumeur volumineuse ne permet pas une exploration facile du pelys, que les chances d'in-

fection sont bien grandes, tandis qu'en opérant par le bas, il serait plus facile d'éviter les complications septiques en vidant l'utérus après avoir refoulé le péritoine. Mais on perd ainsi les avantages de la voie haute, et l'hystérectomie abdominale soigneusement pratiquée, même avec ces pyométries abondantes est susceptible de bien meilleurs résultats. La tumeur est volumineuse, fluctuante, les parois de l'organe amincies, une ponction évacuatrice s'impose. Un ou deux points de suture referment l'orifice de ponction, le champ opératoire est soigneusement nettoyé à l'eau oxygénée, on change de gants et l'opération se poursuit avec ablation de l'utérus en vase clos.

La pratique qui consiste à saisir l'utérus au niveau des ligaments larges et non au niveau de son fond en prévient la rupture ; mais il peut arriver que, par la négligence de cette précaution, la déchirure se produise et le pus s'écoule le long des pinces. De Rouville conseille alors de fendre l'utérus au bistouri sur la ligne médiane et de recevoir le pus sur des compresses protégeant efficacement les régions voisines.

Lorsque, au cours d'une *hystérectomie abdominale* pour cancer du col, l'utérus apparaît globuleux, mou, et à fond rouge, on devra songer à la possibilité d'une pyométrie et le mode opératoire est le même que précédemment.

Pour de Rouville, si c'est au cours d'une *hystérectomie vaginale* qu'apparaît la pyométrie, le diagnostic incomplet n'aurait pas de conséquences graves, à condition de drainer la cavité pelvienne et de ne pas suturer le vagin après l'ablation de la matrice.

CONCLUSIONS

I. — La pyométrie est une complication qui se rencontre dans 6 à 10 % des cas de cancer du col de l'utérus.

Cette complication est surtout fréquente dans les formes intra cervicales plutôt que dans les néoplasmes débutants par le museau de tanche. La pyométrie peut être primitive ou secondaire à un hydromètre,

II. — Elle détermine dans l'organe des lésions d'endométrite purulente auxquelles s'ajoutent des phénomènes soit d'hypertrophie, soit d'atrophie de la paroi utérine pouvant aller jusqu'à la perforation.

III. — On peut d'après leur symptomatologie classer en 3 groupes les différentes formes de pyométries :

Pyométries latentes ;

Pyométries intermittentes ;

Pyométries douloureuses.

IV. — Il y a des cas qui sont des trouvailles d'autopsie. Le diagnostic pourra être fait dans les cas avec fièvre, avec écoulement purulent ou dans ceux

où il existe une augmentation notable du volume de l'utérus.

V. — La pyométrie diagnostiquée n'aggrave guère le pronostic opératoire du cancer du col, mais sa méconnaissance peut entraîner au cours de l'hystérectomie des complications septiques mortelles.

VI. — En cas de cancer inopérable le traitement sera l'évacuation du pyomètre par les voies naturelles.

Si la pyométrie est petite elle ne doit changer en rien la technique curative.

Si le pyomètre est volumineux l'évacuation par ponction facilite l'hystérectomie.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Novembre 1910,

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- TEDENAT. — Les pyomètres ; Province Médicale, 12 juin 1909.
- BONDI J. — Ueber das Vorkommen von Plattenepithel bei Pyometra. Gynäk. Rundschau, Berl u Wien, 1908, II, 801-809.
- LOMON. — Pyométrie dans les cancers utérins. Thèse Paris, 1907.
- SCHUMAN. — A Case of tuberculosis of the uterus cervix and vagina with pyometia Month. Cycl et M Bull Phila, 1909, II, 80-53.
- CHAVANNAZ. — Epithelioma du corps utérin avec pyométrie. Journal de Médecine de Bordeaux. 1908, XXXVIII, 554.
- BILHAUT. — Suppuration de la cavité utérine dans certains cas de cancer de l'utérus, résection du pus, utilité du catheterisme comme premier temps de l'hystérectomie. Annales de chirurgie et orthopédie. Paris, 1907, XX, 161-164.
- BEGOUIN. — Pyométrie et cancer du col. Gazette Gynecologique. Paris, 1907, XXII, 97-104.
- DE BOVIS. — Les interventions exploratrices désinfectantes ou palliatives dans le cancer utérin sont-elles dangereuses.
- ZACHARIAS. — Sechs Todesfälle nach Palliativeingriffen beim Carcinoma Uteri (Monatsch f Geburtsch u Gynäk. Juin 1909 fasc suppl).
- HOFMEIER. — Ueber den Einfluss der Wundbehandlung auf den Heilungsverlauf der abdominalen Krebsbehandlung (Verhandlung zu Köln 1908 et Zentr. Bl f Gynäkol 24 octobre 1908 p. 1411)
- WUNDLER. — Einige Fälle von unerwarteter Krebsheilung (Gynäk Gesellschaft in Dresden séance du 21 mars 1907 in Zentr. Bl. f. Gynäk 22 février 1908 p. 259.
- IN A. SCHEIB. — Klinische und anatomische Beiträge zur operativen Behandlungen des uterus carcinoms. (Arch. f. Gynäk 1908-1909, LXXXVII 1 et 2).
- JAYLE. — Stenose et atresie du col chez les femmes ayant eu des enfants. (Presse Médicale, 1907).
- VINAY. — La ménopause.

- NEGRIER. — Recherches et considérations sur les fonctions et la constitution du col de l'Utérus.
- FORGET. — Etude du col de la matrice.
- DROUVILLE. — Cancer du col et pyométrie. (Montpellier Médical, 1909).
- S. MERCADIE. — Kystes et abcès de l'utérus. (Thèse de Paris, 1905-1906).
- MARTINEAU. — Traité clinique des affections de l'utérus et des annexes.
- AUCLAIR. — Suppuration de l'utérus. (Bull. Soc. Anat. 1893, page 88).
- LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies de femmes.
- BOURSIER. — Précis de Gynécologie.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique. (T. IV, page 122, Paris 1862).
- ZABLODOWSKI. — Les rétentions utérines au cours du cancer. (Thèse Paris, 1900).
- GOULLIQUOUD. — Procédé d'hystérectomie abdominale pour utérus infecté. Lyon Médical, 1904, 91-95.
- KANTZELL. — Du curettage palliatif comme traitement de l'épithélioma inopérable du col de l'utérus. (Thèse Bordeaux, 1900).
- LEGUEU. — De la pyométrie complication du cancer du col utérin. Revue de Gyncol. 1899, p. 783.
- VAUTRIN. — Revue Médicale de l'Est, p. 33, 1893.
- WEISS. — Revue Médicale de l'Est, p. 744, 1892.
- CHROBAK. — Wiener medicinische Wochenschrift, 1887, n° 44-45.
- TEXIER. — Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col utérin. (Th. Bordeaux, 1897).
- POTHERAT. — Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus. (Arch. Toc. et Gyn. 1891, XVIII, p. 631).
- CLERMONT et NANTA. — Polype utérin et pyomètre, expulsion spontanée. (Toulouse Médical, 1909, 358-361).
- PERAIRE. — Indications de l'hystérectomie vaginale. (Paris Chirurgical, 1909, p. 860-868).
- BROCHIN. — Indications de l'hystérectomie vaginale. (Paris Chirurgical, 1909, p. 731-737).
- BOIVIN et DUGUES. — Traité des maladies de l'utérus.
- HUGUIER. — L'Hystérométrie.
- PATRIX. — Traité sur le cancer de la matrice.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Méd. et Chir. de Gynécologie.
- FAURE. — Pratique Medico-Chirurgicale.
- DE SINETY. — Traité des maladies des femmes.
-

OBSERVATIONS

Pyométries latentes

Observation I

(Rouville : Montpellier médical, 17 janvier 1909)

« Malade âgée de 60 ans, ménopausée depuis 12 ans ; elle a eu 8 enfants sans incidents ; depuis trois mois seulement elle perd en rouge ; ses pertes sont irrégulières et d'abondance variable ; elle éprouve dans le bas-ventre quelques vagues douleurs ; sa température, prise matin et soir depuis son entrée dans le service, n'a pas dépassé 37° ; l'état général est bon ; les urines sont normales, aucun trouble de la miction, pas de constipation.

Le volume de l'utérus dont on délimite le fond à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse, l'immobilisation partielle de cet organe, l'induration commençante du

ligament large gauche, enfin l'invasion néoplasique du cul-de-sac latéral gauche, contre-indiquent, à mon sens, toute tentative d'exérèse totale et, en quelques coups de curette, tout le col infiltré, ramolli jusqu'à l'orifice interne, est rapidement abrasé; je me trouve alors en présence d'une vaste surface saignante, recouverte çà et là de saillies bourgeonnantes et, avant d'aller plus loin, je juge prudent de repérer l'orifice utérin; j'y parviens facilement; une fine curette dont je me sers en guise d'explorateur pénètre brusquement dans la cavité utérine et immédiatement un flot de pus franc, bien lié, sans odeur, fait irruption dans le vagin, il y en a environ 150 grammes. Après dilatation prudente, aux bougies d'Hegar, de l'orifice interne, j'introduis l'index droit dans la cavité utérine; celle-ci est dilatée, mon doigt s'y meut aisément et perçoit partout la muqueuse régulière et lisse sans fongosités ni ulcérations: drainage de l'utérus, injection intra-utérine au lysol. Ce traitement est continué 8 jours: la malade quitte alors le service en excellent état. »

Observation II

(Rouville : Montpellier médical, 17 janvier 1909)

« Malade âgée de 61 ans, ménopausée depuis 10 ans; elle a eu 5 enfants sans incidents; il y a un an, elle s'est aperçue qu'elle perdait en rouge; ses pertes étaient peu abondantes; elles cessèrent pour réapparaître à différents

intervalles toujours modérées ; il y a 8 jours cependant, elle a saigné assez abondamment pendant 3 jours ; elle s'est alors décidée à entrer à la clinique. Elle ne souffre pas ; depuis son entrée dans notre service, sa température est restée normale : quelques pertes blanches non fétides dans l'intervalle des hémorragies ; l'état général est bon. Urines normales, pas de troubles de la miction, pas de constipation.

L'utérus est augmenté de volume, on sent le fond à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse ; il est mobile et non douloureux à la mobilisation ; les culs-de-sac sont libres ; le col utérin est atteint d'atrophie sénile, mais une tumeur née dans la lèvre antérieure fait saillie dans la cavité cervicale ; cette tumeur est interstitielle et n'a pas ulcéré la muqueuse qui lui adhère cependant.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un épithélioma nodulaire et l'indication se pose nettement d'une intervention radicale par voie abdominale. Le ventre ouvert, l'utérus apparaît globuleux et mou ; on pourrait penser, en d'autres circonstances, à un utérus gravide ; une pince à 4 dents en saisit le fond, mais l'utérus se déchire à ce niveau et un pus franc, bien lié, sans odeur, s'échappe sur les compresses qui, nombreuses, isolent l'intestin ; sans hésiter, je fends l'utérus au bistouri sur la ligne médiane, il s'écoule environ 200 grammes de pus que je reçois sur de nouvelles compresses superposées aux premières et dont je me débarrasse immédiatement. L'utérus vidé, l'opération se poursuit sans incidents et, trois semaines plus tard, la malade sort de l'hôpital sans avoir présenté la moindre élévation de température.

Observation III

(Bilhaut : Annales de Chirurgie et Orthopédie 1907)

Mme B., 63 ans, est atteinte d'un cancer de l'utérus dont le diagnostic ne peut laisser de doute.

Col détruit en partie par un ulcère fongueux absolument typique. Le corps de l'utérus remonte à 2 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne. Il n'est pas induré, mais, en raison de la masse adipeuse qui le recouvre, il est difficile d'être bien édifié sur ses caractères de dureté ou de mollesse. J'introduis un hystéromètre dans le col et j'éprouve un peu de résistance au niveau de l'isthme. Après quelques tâtonnements, la tige pénètre d'un seul coup dans la cavité et je vois sourdre du pus.

J'introduis dans la même direction que l'hystéromètre une pince longuette dont je fais écarter les mors. Aussitôt le pus coule abondamment et j'estime à un grand verre à boire la quantité qui s'est échappée de la cavité utérine.

Un nettoyage avec la sonde de Doleris est fait avec soin; je fais un curettage de la muqueuse. Je lave de nouveau avec la solution à l'oxycyanure de mercure et je laisse une gaze aseptique à l'entrée de la cavité utérine pour assurer le drainage par capillarité. Deux jours après, je pratique l'hystérectomie vaginale et la malade guérit dans les meilleures conditions.

Observation IV (Begouin : Gazette de Gynécologie 1907)

J. S., 73 ans, entre à l'hôpital pour pertes utérines.

A eu 2 enfants, les règles ont cessé à 60 ans. Il y a 3 mois, s'est aperçue qu'elle perdait un peu de sang par le vagin, écoulement peu considérable, presque continu, remplacé entre temps par des pertes blanches ou rousses qui n'eurent jamais d'odeur fétide et ne vinrent jamais par flots brusques.

Quelques vagues douleurs insignifiantes dans le bas-ventre sans caractères paroxystiques. Ni troubles urinaires, ni troubles digestifs, pas d'œdème. Etat général excellent.

A l'examen direct, cancer du col infiltré et bourgeonnant, sans envahissement des culs-de-sac ni de la base des ligaments larges, le corps utérin mobile ne parut pas augmenté de volume, les annexes ne se percevaient pas.

Sept jours après, on pratique l'hystérectomie par voie abdominale. Le ventre ouvert, l'écarteur de Ricard en place et le champ opératoire limité par de grandes compresses, le fond de l'utérus apparut rétrofléchi, rouge et un peu gros, sans qu'il y eût cependant là quelque chose d'assez saillant pour retenir l'attention. Aussi il est saisi avec une pince de Museux : aussitôt s'écoule, le long des mors de la pince, un pus horriblement fétide qu'on peut recueillir sur des compresses. Alors pendant de longs moments, on dut exprimer du pus de l'utérus et l'éponger

sans souiller le péritoine, instruments ou mains ; on retire ainsi probablement 50 à 60 grammes de pus.

Cet incident avait déjà compliqué l'opération, quand, sous une traction cependant très modérée, le corps utérin se sépara du col au niveau de l'isthme cancéreux et resta au bout de la pince de Museux ; le col dut être enlevé dans un second temps avec la partie supérieure du vagin et le tissu cellulaire péri-cervical.

Drainage vaginal avec un gros drain et une mèche de gaze.

La malade a très bien guéri.

Etat du corps utérin : mou, parois très minces, limitant une cavité qui eut contenu un œuf de poule aplati. Le col avait toute sa longueur et était tout entier infiltré par le cancer qui enserrait, comme un anneau, le canal cervical si étroit qu'un petit stylet passait difficilement. Le tissu péri-cervical paraissait sain. La muqueuse du corps utérin avait subi, en certains points, une véritable fonte purulente et le muscle était à nu, ailleurs elle présentait une simple réaction inflammatoire.

L'examen histologique, fait par M. le Docteur Tribondeau, montre qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé en évolution vers l'épithélioma pavimenteux lobulé.

L'examen bactériologique du pus, par M. le Docteur Brandeis, décèle des coli-bacilles et des microbes anaérobies qui n'ont pu être déterminés.

Observation V

MM. Mouisset et Mouriquand :

*Rétro-dilatation kystique de l'utérus dans un néoplasme
de la région cervicale;*

*collection purulente prévertébrale, rhumatisme infectieux
(Lyon médical 1904, p. 1070)*

La malade avait, de son vivant, des accidents de rhumatisme infectieux du côté de l'épaule et du bras avec des phénomènes douloureux du côté des membres inférieurs.

Il s'agit d'un cancer de l'utérus exactement limité à la cavité cervicale qu'elle rétrécit en anneau au point d'en faire disparaître la lumière. En amont, le corps de l'utérus est gros, il a la valeur d'une mandarine environ et la palpation fait penser à un véritable kyste. L'ouverture montre, en effet, une cavité aux parois, sur certains points, extrêmement minces, d'un millimètre environ, en certains points, la paroi est réduite à une mince pellicule. L'orifice des trompes n'est pas perméable. Le contenu est un liquide brunâtre extrêmement visqueux et filant. La coloration peut être expliquée par des hémorragies qui se sont faites dans la cavité. En avant, incision du tissu rétro-vésical sans pénétration véritable de la vessie.

L'uretère gauche, oblitéré à ce niveau, a le diamètre de l'index; le bassin, les calices sont très dilatés et la

substance rénale refoulée, atrophiée, réduite à 2 ou 3 millimètres d'épaisseur, forme une limite à cette poche irrégulière d'hydronéphrose.

Rien du côté de l'uretère ni du rein droit.

En arrière de l'utérus, au niveau de l'angle lombo sacré, se trouve un abcès assez volumineux (de la grosseur d'un gros œuf) qui fait saillie en avant.

L'abcès ouvert, il s'écoule un liquide purulent. Le stylet conduit dans une cavité intervertébrale de 3 à 4 centimètres de profondeur.

Ajoutons que la malade présentait de plus, comme lésion intéressante, une symphyse cardiaque complète.

La pièce présentée offre en elle-même un certain intérêt, car les cas de retro dillatation kystique du corps de l'utérus après atrésie cancéreuse du col sont très rares. Les quelques recherches bibliographiques entreprises au sujet de ce cas ne nous ont pas permis d'en trouver des cas absolument semblables.

Les lésions d'hydronéphroses consécutives au néoplasme utérin sont banales. A noter surtout chez la malade l'apparition d'accidents de rhumatisme infectieux dont la cause longtemps méconnue peut être attribuée aux résorptions septiques qui se faisaient soit au niveau de la poche kystique utérine soit au niveau de la collection vertébrale.

*Observation (VI) Inédite. Service du D^r Goullioud. Hôpital
Saint-Joseph.*

**Cancer utérin avec pyométrie, hysterectomie
vaginale**

D., 62 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 28 mai 1906, pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. La malade a toujours eu une excellente santé. Réglée à 16 ans toujours régulièrement, mariée à 24 ans, son mari se porte bien. A eu 9 enfants dont 3 sont morts, les 6 autres sont vivants et bien portants. Pas de fausse couche.

Ménopause à 50 ans.

L'affection actuelle a débuté il y a un an environ par du prurit vulvaire et des pertes blanches, ces symptômes persistant la malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Etat général assez satisfaisant, la malade est cependant facilement fatiguée. Elle n'accuse aucune douleur dans l'abdomen ni dans les membres inférieurs.

La palpation de l'abdomen ne fournit aucun renseignement.

Examen des organes génitaux. — Il existe du prurit vulvaire, des pertes d'un blanc jaunâtre, quelque fois colorées en brun, tachant le linge.

Toucher vaginal. — Le col utérin n'existe plus, on sent au fond du vagin l'orifice à bord granuleux, regardant un peu en arrière, réuni par des brides aux parois du vagin. La palpation bimanuelle permet de sentir une masse très mobile.

L'exploration ramène du sang. Rien aux autres appareils.

Intervention le 13 juin 1906. — M. Goullioud se décide en faveur de la voie basse parce que la malade paraissait vieille et cachectique, peu résistante; que le vagin était gravement suspect et à disséquer largement, que le corps était en somme peu développé, pelvien; qu'il eut été difficile de l'amener à la plaie abdominale et qu'il n'aurait pas osé le prendre avec des pinces.

Par une incision circulaire dans les culs-de-sac, on libère ce qui constitue le col utérin en plaçant des pinces de Kocher sur la collerette vaginale. On fait une incision de débridement vulvaire du côté gauche. On sépare avec le doigt la vessie du col utérin en opérant un clivage. On fait de même pour la cloison recto vaginale.

On place des pinces longuettes fortes sur les ligaments larges au-delà des ovaires, de façon à constituer des pédicules.

La vessie étant évacuée on continue la dissection sur tout le pourtour de l'utérus en attirant l'organe en bas.

Pendant ce temps, du pus s'écoule par le col. On finit par décoller le fond, mais une traction trop forte le fait rompre et il s'en échappe une assez grande quantité de pus d'odeur fétide, grumeleux, jaune-verdâtre. Alors on n'hésite plus, pour pratiquer l'ablation plus facilement à

diviser l'organe en deux parties qui sont successivement extraites.

Les petits vaisseaux sont liés. Mais on laisse à demeure les pinces des 4 pélicules et une grosse mèche de gaze iodoformée afin d'assurer le drainage.

Examen de la pièce. — Les organes enlevés sont en 2 parties.

1) L'une, constituée par une masse qui semble être le fond se continue par un ligament large dont le bord supérieur renferme la trompe et l'ovaire très atrophiés.

2) L'autre est plus grosse, formée par la presque totalité de l'utérus dont les parois du corps sont très amincies, blanchâtres et présentent une déchirure irrégulière. La face interne est comme d'aspect velouté. Toute la paroi est infiltrée, nettement néoplasique. A ce fragment tiennent l'ovaire et la trompe de l'autre côté très atrophiés aussi.

Le 15 juin on enlève les pinces.

Le 20 juin on enlève les mèches.

Le 6 juillet la malade sort.

Le 8 novembre 1910. — La malade écrit au Dr Goulroud : « Ma santé se maintient bonne, bien que parfois je ressente quelques douleurs dans le ventre, je me suis trouvée bien soulagée depuis mon opération de 1906 ».

Observation (VII) Inédite. Service du Dr Goullioud.

Hôpital Saint-Joseph.

**Cancer du col de l'utérus, hysterectomie
abdominale totale, rupture d'un pyomètre fétide,
double drainage.**

M^{me} V., 52 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 28 janvier 1907, pour néoplasme du col utérin.

Rien dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Dans l'enfance, scarlatine et rougeole, réglée à 16 ans, menstruation régulière. A 22 ans, fièvre typhoïde, mariée à 35 ans, a eu un seul enfant, pas de fausse couche. Ménopause à 38 ans, à 40 ans embarras gastrique.

Le début de l'affection actuelle remonte au mois d'octobre 1905. A cette époque la malade eut des pertes rouges qui durèrent 3 ou 4 jours, d'une coloration normale, sans odeur. Jusqu'à fin décembre 1906 ces pertes se renouvelèrent régulièrement chaque mois avec les mêmes caractères.

A partir de cette époque les pertes rouges disparurent à peu près et furent remplacées par des pertes blanches, épaisses, d'odeur très fétide, peu abondantes, et apparaissant d'une façon très irrégulière.

Pas de douleurs abdominales ou crurales, quelques maux de rein, léger amaigrissement depuis un mois.

Actuellement. — Anorexie, constipation habituelle, état général en somme satisfaisant.

Toucher vaginal. — Le col est formé par une tumeur bourgeonnante et molle circonscrivant l'orifice utérin. La tumeur semble localisée au col. Les culs-de-sac antérieur et postérieur ne sont pas douloureux, les latéraux sont tendus et le droit un peu douloureux.

Par le toucher rectal on sent une masse dure peu mobile qui en impose pour le fond de l'utérus en rétro version.

La température est de 37°2.

Intervention le 1^{er} février 1907. — Hystérectomie abdominale. Incision médiane du pubis jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'abdomen ouvert on constate un utérus gros, mou, libre en arrière mais adhérent en avant, très adhérent des deux côtés avec les uretères et la partie latérale de la vessie. En somme, cas plus grave que ne le laisse supposer le toucher. Après quelques hésitations on continue: grande valve, pinces d'Albertin, pinces en cœur sur l'utérus, grandes compresses multiples pour protéger la masse intestinale.

On place des pinces languettes, courtes, sur la trompe de chaque côté et on lie avec gros Repin. Section des ligaments ronds et ligature. Section du ligament large. Ligature des 2 artères hypogastriques. Cette opération met à nu les deux uretères que l'on va disséquer progressivement avec les ciseaux jusqu'à leur croisement avec l'utérine. Pince sur l'utérine, section et ligature. On fait de même de l'autre côté. C'est à ce moment que surviennent les plus grosses difficultés. L'uretère est en plein

tissu malade et il s'agit de l'isoler jusqu'à la vessie qui elle-même est adhérente à la face antérieure de l'utérus. Incision de la séreuse vésico-utérine, on est en plein dans le muscle vésical. On dissocie avec le doigt en se tenant le plus loin possible du tissu malade. L'uretère est enfin isolé, on le récline. On en fait de même à gauche, mais la dissection est encore plus difficile. L'opération semble terminée, mais au moment où on incisait les adhérences latérales de l'utérus au niveau du col, la paroi utérine se déchire et du pus fétide s'écoule dans le Douglas et le long du colon. Les compresses tiennent bien, le thermocautère devient inutile. Tampons dans le vagin, on enlève aux ciseaux les parties cancéreuses restantes.

Hémostase, nettoyage de la cavité du Douglas et lavage à l'eau oxygénée. Grosse mèche dans le vagin pour drainer le Douglas. Péritonisation du bassin avec l'S iliaque couché transversalement et la séreuse vésicale et pariétale. Nouvelle mèche iodoformée pour drainer la cavité supérieure. Suture à un seul plan.

Le 2 février la température est de 38°4, on sonde la malade.

Le 6 on enlève les mèches abdominales, le 7 les mèches vaginales et la malade sort le 15.

Monsieur le Dr Goullioud avait hésité à opérer cette malade parce que dans le cul-de-sac antérieur il avait senti des saillies suspectes. Cependant il se décida à cause de la persistance d'une certaine mobilité. Or, ces indurations suspectes étaient dues à des adhérences épiploïques dans le cul-de-sac vésico utérin. Il fut d'ailleurs impossible au cours de la dissection des uretères de dépasser les limites macroscopiques du néoplasme.

13 mai 1907. — Le malade revient à la consultation : on est surpris de son bon état général.

13 août 1908. — État général encore bon, légères douleurs, la malade se plaint peu.

22 juin 1908. — État général assez bon. Petites pertes. Au toucher vaginal on sent une masse longueuse irrégulière, légèrement saignante, se prolongeant un peu vers la vulve. Par le toucher bimanuel on sent des le petit bassin un aspect de volume d'une petite mandarine, assez irrégulier, légèrement métallé, induré, manifestement solide du bourgeon vaginal.

31 août 1908. — Même état.

14 décembre 1908. — Récidive mais très bien supportée et est à dire bon état général, pas de douleurs. Cependant Douglas induré, petites pertes. Eventration en bas de la ligne de suture.

16 avril 1909. — Le malade revient à la consultation, il est resté dans une faible recto vaginale. La malade a un peu maigri.

Grosse tumeur de récédive Eventration sans importance au point de drainage, Total général affecté.

*Observation (VIII) Inédite. Service du Dr Goullioud.
Hôpital Saint-Joseph.*

**Cancer squirrheux du col utérin avec
pyomètre diagnostiqué et nodules vaginaux,
très gros ganglions, hysterectomie
abdomino-vaginale, mort par péritonite**

B. C., âgée de 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph pour pertes rouges le 19 mars 1909.

Père et mère morts subitement, 5 frères et sœurs bien portants. A 8 ans perdit l'usage de la marche à la suite d'une maladie, réglée régulièrement à partir de 18 ans. Mariée à 26 ans, un enfant vivant, l'autre mort à cinq jours. Ménopause à 46 ans.

En 1908 la malade vit apparaître des pertes rouges tous les 15 jours d'abord, puis, continuellement ensuite. Ces pertes rouges continuent, pas de douleurs abdominales.

Bon état général, pas d'amaigrissement notable. La température se maintient aux environs de 38° jusqu'à l'intervention.

Toucher vaginal. On a l'impression d'un néoplasme à forme squirrheuse développé plutôt sur la forme antérieure. L'utérus est dans son ensemble très mobile. On sent

dans la paroi latérale du vagin, à gauche, deux petites indurations comme un petit pois à peine qui pousseraient à faire l'exérèse complète du vagin.

Toucher rectal. — Il indique en arrière un corps lobuleux légèrement mou. Cette masse molle peut être le corps utérin distendu par un pyomètre, c'est l'hypothèse la plus probable. Le cul-de-sac droit est très libre, le gauche un peu plus résistant, il faudrait enlever le ligament utéro sacré gauche.

Intervention le 1^{er} avril. — Laparotomie médiane sus et sous ombilicale, valve de Doyen, formation et ligature des deux pédicules utéro-ovariens. Ligature des 2 artères hypogastriques. Dissection de l'uretère à droite, puis à gauche, ligature de l'utérine et ablation du tissu cellulaire et des ganglions. A droite on enlève une grosse masse ganglionnaire qui suit l'iliaque externe dès sa naissance. A gauche les ganglions sont plus petits et plus rapprochés de l'arcade crurale.

On exprime l'utérus dans lequel on a reconnu l'existence d'un pyomètre, il s'écoule par le vagin du pus d'une odeur très désagréable. On décolle la vessie de l'utérus très bas. On sépare l'utérus du rectum. Les 2 uretères sont protégés par quelques points séparés sur le péritoine et la base des ligaments larges. On met une mèche iodoformée dans le Douglas et par dessus on fixe le colon sigmoïde au péritoine vésical par un surjet. Suture à un plan, drain, mèche.

Temps vaginal. — On sectionne le vagin au niveau des petites lèvres, on le décolle. On met 2 pincés à demeure

sur 2 pédicules qui réunissent encore les parties latérales du vagin au sacrum et qui paraissent être la partie inférieure des 2 ligaments utéro sacrés.

On enlève l'utérus en le faisant basculer en avant, manœuvre qu'a rendu possible l'expression préalable de l'utérus par l'abdomen.

On met 4 mèches blanches dans la plaie périnéale.

Examen de la pièce. — La pièce comprend le corps utérin, ses annexes, le vagin et les ganglions.

Sectionné sur sa face antérieure le corps de l'utérus présente une cavité agrandie, occupée par du pus dont une partie s'est écoulée au cours de l'intervention, dont le restant s'échappe au cours de l'incision. Les parois de cette cavité sont gris-noirâtres un peu couleur mine de plomb.

Au niveau du col on trouve un squirrhe présentant des prolongements assez étendus sur l'isthme.

Les annexes paraissent saines.

Sur la paroi vaginale on voit et on peut sentir les 2 petites indurations diagnostiquées au toucher. La section du tissu vaginal passe juste au niveau du bord inférieur de l'induration inférieure. La masse ganglionnaire droite est plus volumineuse que la gauche.

Examen bactériologique du pus.

Examen direct : pas de bacilles de Koch, quelques cocci.

Culture : colonies de staphylocoques dorés.

Cette observation est intéressante en ce sens que le pyomètre qui distendait l'utérus avait pu être diagnosti-

qué par le toucher rectal et qu'il expliquait l'état subfébrile préopératoire.

L'opération abdomino-vaginale s'était passée correctement, le pyomètre ayant été évacué par le vagin par expression abdominale. La malade est morte de péritonite et l'on peut se demander si dans ce cas l'état d'infection antérieure n'a pas joué un rôle malgré la manœuvre à laquelle on a eu recours pour l'éviter.

Pyométries à forme intermittente

Observation IX (Inédite, service du professeur Pollosson)

Cancer de la région isthmique avec pyométrie diagnostiquée

G..., lingère âgée de 50 ans, réglée à 13 ans, ménopause à 35 ans. A eu deux accouchements, l'un à 20 ans, l'autre à 21 ans. A la suite de son second accouchement la malade a souffert du ventre. Il y a 15 ans on lui fit une ventro fixation dans le service.

Il y a quatre ans la malade fut prise de pertes blanches teintées de rouges sans pertes blanches préliminaires. Ces pertes ont persisté depuis, mais d'une façon irrégulière : deux ou trois mois de répit, puis pertes à flots pendant quelques jours, l'odeur en était infecte.

Depuis un an les pertes sont presque constantes,

épaisses et très fétides. Dès le début de ces pertes la malade a souffert du bas ventre et des reins. Ces douleurs variaient légèrement avec les variations dans les pertes.

Pas d'amaigrissement notable, la température ne dépasse pas 37°,7. La malade entre dans le service en septembre 1909 et elle a ressenti de violentes douleurs à la miction de janvier à avril.

Au toucher on sent un utérus un peu augmenté de volume, de consistance molle avec un col normal. On ne perçoit pas les annexes.

Intervention. — Le 4 octobre on pratique l'hystérectomie abdominale totale. L'utérus est enlevé en vase clos avec des pinces vaginales. Il est un peu augmenté de volume. A l'ouverture on trouve dans sa cavité un bon verre à liqueur de pus très épais. La région isthmique est constituée par un tissu dur, d'aspect néoplasique qui rétrécit en virole la lumière utérine. On avait diagnostiqué la pyométrie mais le néoplasme de l'isthme a été une découverte à l'examen de la pièce. Le maximum de température atteint par la malade est de 39°. Le 19 octobre on constate une poussée fébrile, puis, tout rentre dans l'ordre et la malade sort guérie.

Examen de la pièce. — L'orifice externe du col est complètement sain, la muqueuse du museau de tanche a conservé partout son aspect normal, la cavité cervicale est fermée. A l'incision de la pièce on trouve sur toute la hauteur de l'isthme et de la cavité cervicale, donc sur une étendue de 2 centimètres à 2 centimètres 5, un noyau

néoplasique en virole qui n'a nulle part ulcéré la muqueuse et qui se trouve séparé du paramètre par 1/2 centimètre de tissu sain.

L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique des glandes du col.

Rien de particulier du côté des trompes, des ovaires et du péritoine.

Observation X (Inédite, service du professeur Pollosson)

Cancer du col avec pyométrie

L..., 57 ans, réglée à 18 ans, ménopause à 50 ans, a eu huit enfants dont trois sont morts. Entre dans le service le 23 septembre. Bonne santé jusqu'à il y a six mois. Depuis cette époque la malade présente des pertes purulentes. Ces pertes très fétides surviennent à flots pendant quelques jours puis s'interrompent pour apparaître de nouveau. Douleurs presque continuelles dans le bas ventre et les reins. Douleurs paroxystiques au moment des pyorrhées.

La malade a beaucoup maigri et s'est beaucoup affaiblie depuis six mois. Elle a présenté une seule fois il y a quelques mois une légère métrorrhagie. La température prise depuis le 24 septembre est stationnaire entre 37°,8 et 38°,2.

Au toucher on ne peut délimiter exactement le fond de l'utérus qui est gros, du volume d'une grossesse à

3 mois 1/2, fluctuant avec des bourgeons néoplasiques sur le col. Celui-ci est irrégulier, induré, verruqueux. L'utérus est gros, remontant à quatre travers de doigts au-dessus du pubis, sans noyau fibromateux. On porte le diagnostic de néoplasme du col avec pyométrie.

Intervention le 6 octobre. — Laparotomie, incision de l'utérus et évacuation d'un demi-litre de pus très fétide. Hystérectomie sans dissection des uretères. On constate une fistule vésicale qui s'obture au bout de cinq ou six jours. Après deux poussées thermiques à 39°,5, le 11 et le 17 octobre la température baisse et la malade sort.

Examen de la pièce: — La pièce est composée de l'utérus et de ses annexes, l'utérus est du volume d'une grossesse à 3 mois 1/2.

Il existe de la péritonite à sa surface principalement au niveau de sa face postérieure.

A l'incision on constate une hypertrophie de la paroi utérine qui présente au moins 3 centimètres d'épaisseur.

La muqueuse de la cavité utérine est mamelonnée avec des plis rappelant les villosités gastriques ou intestinales.

Nulle part on trouve d'ulcération. Le col est représenté du côté de l'orifice externe par une série de bourgeons néoplasiques rétractant autour d'eux la muqueuse vaginale. Cette rétraction donnait d'ailleurs sur le vivant un aspect infundibuliforme à l'orifice du museau de tanche. A la coupe le noyau néoplasique ne s'étend presque pas en profondeur. Ce n'est que sur une étendue d'un 1/2 centimètre à 2 centimètres qu'il existe du tissu néoplasique. La stricture porte à ce niveau et immédiatement au-dessus la dilatation

commence. Sur la pièce on ne reconnaît plus la cavité cervicale, il est impossible de reconnaître l'orifice interne. Ou bien cette cavité cervicale a disparu par ce fait qu'elle a subi aussi la dilatation, ou bien elle a été détruite et rongée complètement par le néoplasme. Rien aux ovaires.

Une des trompes présente des lésions de salpingite suppurée.

Examen histologique. — Le néoplasme est constitué par un épithélioma lobulé à type ectodermique. Des coupes faites au niveau du corps utérin montrent dans le muscle des lésions inflammatoires et au niveau de la muqueuse on constate que celle-ci a presque complètement disparu, qu'elle est transformée sur toute son épaisseur en une nappe de tissu embryonnaire dans lequel on ne trouve plus aucune glande. C'est une véritable membrane pyogène.

Observation XI (Vautrin, Revue médicale de l'Est, 1893)

Malade âgée de 40 ans, elle souffre depuis 2 ou 3 ans d'une affection sérieuse : douleur dans le côté gauche où l'on sent une tuméfaction disparaissant à certains intervalles pour se reproduire ensuite ; la malade aurait remarqué que la disparition de cette tuméfaction coïncidait toujours avec des pertes abondantes de matières jaunâtres, d'odeur infecte par le vagin. Les souffrances s'accusaient

beaucoup plus au moment de l'apparition de la tuméfaction iliaque gauche. Col utérin très dur, mamelonné; sa consistance appelle l'idée de dégénérescence cancéreuse, hypothèse que vérifie l'examen histologique. A l'hystérométrie l'utérus mesure dix centimètres; il est très large à la partie supérieure et semble rempli dans son segment inférieur par une substance molle et très saignante, car il s'écoule du pus mêlée de sang le long du catheter; on introduit pour le lavage une sonde intra utérine de Doleris; il s'écoule aussitôt un flot de pus évalué à 250 grammes; par pression il s'écoule encore un demi-litre de liquide purulent, épais, sanieux, très odorant. L'utérus élevé et immobile s'oppose à l'hystérectomie; on se contente de curetter et de drainer largement. Amélioration passagère.

Observation XII

(Inédite, service du Docteur Goullioud)

(Hôpital Saint-Joseph)

**Cancer du col utérin, hystérectomie
abdominale totale**

C. P., âgée de 61 ans, entre à l'hôpital St-Joseph pour pertes le 23 mars 1906. Mère morte d'une maladie de cœur, pas de maladie antérieure. Réglée à 15 ans régu-

lièrement, mariée à 23 ans, 3 enfants bien portants, pas de fausse couche, dernier accouchement à 31 ans. Ménopause à 48 ans.

A 49 ans, retour de règle au dire de la malade qui ne dura que quelques jours. A partir de 50 ans la malade aurait perdu chaque année, tous les 3 mois, quelques gouttes roussâtres, jaunes, d'odeur peu fétide. Il y a un mois, elle aurait eu des pertes un peu plus considérables avec quelques caillots. Vers le 8 mars, elle ressentit de violentes douleurs lombaires, et vers le 17, à la suite d'une course en voiture, la malade perdit beaucoup, et ces pertes étaient accompagnées de douleurs abdominales avec irradiations dans les cuisses et les reins, surtout à gauche. Depuis ces pertes n'ont pas complètement cessé.

Etat actuel. — L'état général est assez satisfaisant malgré la teinte un peu pâle des téguments.

Toucher vaginal. — L'utérus est gros dans son ensemble. Le col est très large, très épais, donnant l'impression que sa coupe présenterait une largeur supérieure à une pièce de 5 francs, lèvres très épaisses, dureté suspecte, en somme, on a l'impression d'une infiltration néoplasique. L'utérus reste mobile, on ne sent pas d'induration des ligaments larges. Au spéculum à l'intérieur de la cavité cervicale, la surface est granuleuse, érodée, saignant facilement.

Intervention le 28 mars. — Incision sous ombilicale, on ouvre le péritoine et on tombe sur un utérus augmenté de volume. Ligature des hypogastriques puis décollement

des uretères à partir de la ligature. L'utérus est pris par une pince de Museux et attiré en haut. Dissection du feuillet péritonéal en avant sur l'isthme. On enlève une certaine quantité de tissu cellulaire suspect de chaque côté du Douglas. On enlève 2 ou 3 petits ganglions, dont l'un élevé, remontait sur le tronc de l'hypogastrique, ligature des utérines au croisement avec l'uretère, pas de trainée de ganglions le long des uretères.

Le vagin est pris avec la pince de Goullioud, puis thermo cautérisation du vagin. La pièce est enlevée.

On prend ensuite les lèvres du vagin, et on enfonce une mèche de gaze iodoformée. Suture du péritoine laissant au milieu une ouverture pour la mèche qui est pressée dans le Douglas afin de faire l'hémostase.

Examen de la pièce. — Le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume quoique ses parois soient un peu plus épaisses que normalement. La cavité était pleine d'un pus verdâtre et bien lié.

Le col très augmenté de volume, infiltré, plus haut que normalement, plus large, l'orifice interne était presque fermé.

Il semble rester une limitante externe autour du col, mais de l'épaisseur d'une feuille de papier.

Le 6 février on a enlevé les fils et les mèches.

Le 20 avril la malade sort.

Revue en septembre, la malade va bien.

11 novembre 1910. — Le Docteur Goullioud reçoit de la malade des nouvelles données par son médecin traitant. « La malade qui est ouvrière d'usine, dit-il, fait ses jour-

nées régulièrement malgré ses 65 ans, elle fait même des heures supplémentaires toutes les fois qu'elle en a l'occasion, sans préjudice de ses occupations ménagères, de son lavage de linge à la rivière, etc. C'est vous dire qu'il y a eu chez elle des résultats des plus brillants. Ventre solide, appétit, digestion, tout va très bien. Elle m'a dit sa reconnaissance et prié de vous la transmettre ».

Pyométries à forme douloureuse

Observation XIII

Inédite. Service du Docteur Goullioud

Hôpital Saint-Joseph

Cancer du col, gros pyomètre enclavé avec salpingite gauche récente hystérectomie totale abdomino-vaginale

B., 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 27 janvier 1909, pour douleurs dans le ventre. Mère morte à 72 ans d'une affection utérine, père mort à 51 ans d'un refroidis-

sement. Une sœur morte d'un refroidissement, une autre est atteinte d'une tumeur blanche du genou.

Réglée très régulièrement, mari bien portant, 4 enfants en bonne santé, ménopause à 46 ans.

La malade présente tous les 8 jours des pertes rouges et des pertes blanches très légères, mais elle ressent, depuis 2 mois, de violentes douleurs, surtout à gauche.

Toucher vaginal. — Col fongueux d'aspect d'ailleurs un peu spécial, on pourrait croire facilement à une simple éversion d'un col déchiré. Cependant il n'est pas douteux que ses lèvres ne soient en état de dégénérescence. Elles saignent au moindre contact. Utérus en rétro-version, d'où col très en avant et cul-de-sac antérieur réduit à 2 ou 3 centimètres, Cul-de-sac postérieur très court aussi.

Toucher rectal. — Corps utérin en rétro-version, volumineux, faisant l'effet d'être enclavé. Pas d'infiltration des ligaments larges, de sorte qu'on peut vraiment espérer que la lésion sera opérable. Cependant, fixité un peu inquiétante du fond de l'utérus.

En résumé, col cancéreux peu éloigné de la vulve, gros utérus fixé ou enclavé dans le bassin. Le Docteur Goullioud porte le diagnostic de cancer de la cavité (pertes après ménopause) avec propagation au col.

Intervention le 29 janvier. — Le Docteur Goullioud hésitait à intervenir, car la malade a souffert à gauche depuis 2 mois : au cours de l'opération, il a trouvé la cause de ces douleurs et a alors pratiqué l'intervention. Le vagin était si court qu'il a pensé qu'il aurait beaucoup

de peine à opérer entièrement par l'abdomen, car il fallait faire une ablation à peu près complète du vagin, aussi se décida-t-il à une vagino-abdominale.

Dans un premier temps vaginal, il a fait une incision circulaire du vagin à quelques millimètres ou un centimètre environ de la vulve et à une distance de 2 ou 3 centimètres, avec gants de caoutchouc.

Ensuite Wertheim.

Il a d'abord trouvé sur le corps utérin un peu de fibrine, des fausses membranes récentes dont l'origine était une salpingite gauche. La cause de celle-ci était un pyomètre absolument fermé par en bas.

Examen de la pièce. — La pièce comprenait l'utérus, les annexes et la partie supérieure du vagin.

La cavité utérine mesurait environ 11 centimètres 5, le corps était volumineux avec des traces nettes de péritonite sur la face séreuse.

Le col offre une masse en pleine dégénérescence cancéreuse, obstruant complètement sa cavité. Dimensions comprises entre une grosse noix et une petite mandarine. Aspect papillomateux, en choux-fleurs. La propagation a envahi la partie supérieure du vagin.

A l'incision du corps utérin, il s'échappe environ 200 centimètres cubes de pus horriblement fétide qui y était contenu sous forte tension. La muqueuse n'est pas érodée. Le pavillon de la trompe gauche est fermé par l'accroissement de ses franges repliées.

L'ovaire est cerné par des adhérences péritonéales récentes. Pas de dilatation de la trompe.

Examen du pus : cytologique : nombreux globules blancs.

bactériologique direct : pas de bacilles de Koch, nombreux cocci ; cultures : colonies de staphylocoques.

Le 3 février, on enlève les drains, la température se maintient entre 37° 8 et 38° 3.

Le 7 février, ablation des mèches, la température s'élève jusqu'à 38° 8, le 10 février, pour redescendre à 37° 2 le 12, jour où on enlève les fils, et se maintenir aux environs de 37° 3 jusqu'au 2 mars.

Cette observation est particulièrement intéressante ; il s'agit, en effet, d'un cas de pyométrie avec distension des trompes, salpingite et pelvi-péritonite légère, celle-ci avait occasionné des douleurs en dehors de l'utérus, qui auraient pu tromper et faire admettre l'inopérabilité du cas. Mais, à l'incision abdominale, on a reconnu les traces de cette pelvi-péritonite et sa cause, on a alors continué avec succès l'intervention.

14 novembre. — Etat général toujours excellent, quelques légères pertes rouges.

Observation XIV

Rapportée par Récamier en 1905

(Rouville, Montpellier médical, 17 janvier 1909)

Une de mes malades entra à Saint-Michel pour une douleur vive et persistante de la région pelvienne, rendant la station debout presque impossible. Chaque soir, elle

avait une légère élévation de température, 38°, et des signes généraux d'anorexie sans que sa santé générale fût cependant celle d'une infectée : quelques hémorragies, très peu de pertes blanches. A l'examen, on trouvait, à la place du col de l'utérus, une petite masse dure, saignante au contact. L'orifice du col était déplacé en arrière. Par le palper bimanuel, on reconnaissait l'utérus, du volume d'une grossesse de 4 mois environ, dur et très sensible à la pression. L'examen ayant prouvé que le col était bien le siège d'un épithélioma, j'attaquai à la curette ce néoplasme, creusant une sorte de canal qui, peu à peu, me conduisit dans la cavité utérine dilatée. Il s'écoula alors presque un demi-litre de pus. Après un premier lavage, je fis un tamponnement lâche à la gaze ; il n'y eut aucune hémorragie ; la malade fut soulagée immédiatement. Cette malade resta quelque temps à l'hôpital, puis s'éloigna et revint avec de nouvelles douleurs quelques semaines plus tard ; je constatai que le pyomètre s'était reproduit en partie, et il suffit d'une simple cautérisation au fer rouge complétant un curettage, pour créer un large canal qui ne se referma plus. La malade a été revue ; le cancer progressait lentement et les douleurs ne reparurent que plus d'une année après, lorsque les ligaments utéro-sacrés furent complètement envahis. Elle était opérée depuis plus de 15 mois.

Observation XV. Récamier (In thèse Lomon)

Femme âgée de 70 ans, souffrant depuis plusieurs mois de douleurs très vives dans le bas-ventre, que l'intensité des coliques décidèrent à consulter assez tardivement.

A l'examen, je trouvai l'utérus du volume d'une grossesse de trois mois et donnant, à la palpation, la sensation élastique d'une tumeur liquide. Le col était le siège d'un cancer squirrheux formant un anneau épais et solide; il donnait passage à un écoulement sanieux et horriblement fétide.

Instruit par mon expérience précédente, je fis à cette malade non seulement un curettage qui, dès les premiers coups de curette, donna issue à un flot de pus, mais une cautérisation profonde au fer rouge de toute l'étendue du col, créant un large canal où l'atrésie ne semblait plus devoir se produire.

Par ce canal, je fis, de suite, puis fis faire des lavages au permanganate. La douleur et l'odeur disparurent pour ne plus reparaitre. La malade partit pour la campagne et je sais qu'au moyen d'une longue canule, elle continua elle-même les lavages intra-utérins journaliers, moyennant lesquels elle n'eut jamais d'infection. Les douleurs ne reparurent pas, elle devint cachectique et mourut plus d'une année après cette intervention.

Observation XVI, Legueu et Rebreyend (In thèse Lomon)

A. B., 60 ans, entrée le 14 juillet 1897. Pertes rouges datant d'un an ayant beaucoup augmenté ces derniers temps.

Depuis quelques semaines, douleurs très vives par intermittence. Un peu d'amaigrissement, mais état général bon. Dix couches normales; ménopause datant de 10 ans.

Etat actuel. — Etat général bon, abdomen flasque, aspect extérieur des organes génitaux normal, vagin large, de longueur moyenne.

L'orifice du col, d'où s'écoule un liquide sanglant, épais, admet l'extrémité d'un doigt.

Le corps utérin, gros comme le poing, est piriforme, lisse à sa partie supérieure, élastique, libre, antéfléchi.

Rien aux annexes ni au paramétrium.

On décide de dilater le col et, d'après le résultat, de faire l'extirpation totale ou l'amputation du col.

Opération le 4 août 1897. Chloroforme. La plus petite bougie d'Hegar est introduite et bute au niveau de l'orifice interne sur un rétrécissement serré qu'elle franchit difficilement. En appuyant plus fort, on la fait pénétrer de 12 centimètres. Il sort du col un liquide épais, de couleur brun café, avec une dilatation plus forte, on en fait sortir 60 centimètres cubes. En même temps sortent plusieurs petits fragments de tissu dont la curette permet de retirer une plus grande quantité.

A ce moment, l'examen bimanuel montre que l'utérus est devenu plus petit, plus plat, plus mou. On se décide à l'hystérectomie totale qui est faite sans difficulté. Ovaires atrophies, trompes normales.

Suites opératoires simples. La malade quitte l'hôpital le 19 août en parfait état.

Examen de la pièce. — La muqueuse du col, dans sa partie inférieure, est normale ; à 2 centimètres 5 au-dessous de l'orifice interne, on trouve, sur toute la circonférence, une masse néoplasique dont la curette a enlevé une large part. Elle s'étend sur une hauteur de 3 centimètres jusqu'à l'orifice interne et le dépasse même par endroit ; le néoplasme se termine en haut par une ligne sinueuse bien visible.

Cavité du corps élargie, muqueuse d'aspect lisse ; parois musculaires très épaissies ; à la coupe, orifices vasculaires dilatés.

Péritoine normal.

Au microscope, carcinome cylindrique du canal cervical ; épaississement de la muqueuse du corps.

Fibrome, Cancer et Pyométrie

Observation XVII (Inédite)

*Service du Professeur Polosson, due à l'obligeance
du Docteur Violet*

Néoplasme de la cavité cervicale avec pyométrie dans un gros utérus fibromateux

M..., 65 ans, entrée dans le service le 13 septembre 1906, opérée le 15. La malade présente une grosse tumeur abdominale remontant à l'ombilic, dure, douloureuse, nettement en connexion avec le col utérin, il s'agit d'un fibrome. La malade avait de grandes oscillation de température avec 39°5 le soir. Depuis quelques jours elle souffrait énormément, avec de l'anorexie, quelques vomissements et un amaigrissement progressif. Par le vagin s'écoulaient des sécrétions sanguinolentes assez abondantes.

On se demande s'il s'agit d'un fibrome gangrené auquel

cas l'intervention immédiate s'impose, ou d'un fibrome avec complications péritonéales voisines. On ne sent rien à côté de l'utérus et c'est l'utérus lui-même qui paraît douloureux.

Une chose attire l'attention, c'est au toucher rectal l'envahissement du ligament large droit. A ce niveau il existe comme du phlegmon ou de l'infiltration néoplasique. Le toucher vaginal montre que le museau de tanche est sain, mais la cavité cervicale légèrement entr'ouverte saigne facilement et on songe à la possibilité d'un cancer isthmique avec infiltration phlegmoneuse du paramètre droit pour expliquer la fièvre et on décide comme intervention une extirpation de l'utérus seule façon de drainer ce foyer infectieux.

Intervention. — On pratique la laparotomie et on tombe sur un gros fibrome. On fait un pédicule supérieur et on pince les artères utérines mais au moment de luxer, la tumeur se déchire en plein néoplasme, un flot de pus fétide s'échappe dans le pelvis protégé par des compresses.

On dissèque l'uretère à droite et on enlève le col. Mais on a l'impression qu'il ne s'agit que d'une opération palliative. On fait un tamponnement, la malade meurt au bout de 48 heures de péritonite septique.

Examen de la pièce. — La pièce se présente en 2 portions. Le premier morceau du volume d'une tête d'adulte comprend la cavité du corps avec ses myomes. La cavité utérine est revenue actuellement sur elle-même mais on peut se rendre compte de sa dilatation en longueur et en largeur.

Le second morceau comprend le col. Le museau de tanche est sain, au-dessus existe une moitié du champignon néoplasique dont l'autre moitié reste adhérente au corps utérin. La déchirure qui intéresse la cavité cervicale s'est faite en plein néoplasme. Pas de distention tubaire, aucune lésion du péritoine.

~~~~~  
IMPRIMERIE DUCRÔS ET LOMBARD — VALENCE-LYON  
~~~~~


